



2-Nº

370165
INTERCÂMBIO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA MARIA BADAN RODRIGUES	18-Número no CRO 25066	19-LUF PR
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01414917151251937111	22-Nome do Contratado Executante BRUNA MARIA BADAN RODRIGUES	23-Número no CRO 25066	24-LUF PR
26-Nome do Profissional Executante BRUNA MARIA BADAN RODRIGUES		27-Número no CRO 25066	28-LUF PR
		29-Código CBO S	25-Código CNES

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa		42-Assinatura	
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor								
1-	0 0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0 0	0 0 0 0	S	24/10/20						
2-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 0 0 0	0 0 0 0	S	24/09/20						
3-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 0 0 0	0 0 0 0	S	24/09/20						
4-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 0 0 0	0 0 0 0	S	24/09/20						
5-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 0 0 0	0 0 0 0	S	24/09/20						
6-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	6 1 0 0 0	0 0 0 0	S	24/09/20						
7-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	37	V	1	6 1 0 0 0	0 0 0 0	S	24/09/20						
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															

46-Total Quantidade US
11300000

47-Valor Total R\$
00000000

48-Total Franquia / Co-participação R\$
00000000

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução ou tratamento, comprometimento e compromisso, a ser realizado, com os custos conforme previsto em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores

Imagens analisadas

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Suplente	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
 []/[]/[] []/[]/[]	 []/[]/[] []/[]/[]	 []/[]/[] []/[]/[]	[]/[]/[] []/[]/[]

Cirurgiã Dentista
CRO-PR 25066